

基層醫師對實施品質報告卡之意願與相關因素

蔡文正¹ 陳慧珊¹ 龔佩珍^{2,*}

吳守寶³ 楊志良⁴

目標：本研究希望能了解基層醫師對健保實施品質報告卡之參與意願及相關態度與認知，同時瞭解醫師對品質報告卡相關指標重要性之看法。**方法：**針對台灣具健保特約之基層診所醫師，依各縣市家數比例隨機抽取4000位開業醫師。以結構式問卷藉由郵寄方式進行調查，有效回收問卷574份。除了描述性分析外，利用羅吉斯迴歸分析探討影響基層開業醫師是否贊成實施品質報告卡之相關因素。**結果：**69%的基層開業醫師贊成實施品質報告卡，61%的基層開業醫師願意加入，84%的基層開業醫師表示應以自由加入的方式，並有73%的基層開業醫師認為需要分科別。希望由醫師相關公會來舉辦與公告，並透過網路作為公告管道，而資料更新的週期以一年為佳。對於是否贊成實施品質報告卡之影響因素，包含「小兒科醫師」(勝算比0.54)與「實施後會造成壓力」愈高者(勝算比0.77)，其贊成實施品質報告卡的機率顯著較低；醫師對「實施後醫師對病患更用心」(勝算比1.38)、「實施後對醫療或服務品質有助益」(勝算比2.61)、「以品質報告卡的結果為依據給予實質獎勵」(勝算比2.96)之認同程度愈高，其贊成實施品質報告卡的機率顯著較高。**結論：**由本研究結果可知大部分基層開業醫師贊成實施品質報告卡，認為品質報告卡對醫療服務品質有正面影響認知之基層開業醫師愈贊成實施品質報告卡。(台灣衛誌 2007；26(2)：149-160)

關鍵詞：品質報告卡、醫療品質、基層診所

前言

我國於民國84年開辦了全民健保後，醫療市場更強化了政府與保險干預的程度。民眾擁有高度的就醫自由選擇權，經濟障礙也大為降低，隨之而來的問題是民眾對醫療品質的要求也比以往增加。不同於其他產業之市場，醫療照護市場具有其獨特性，由於醫

療服務具有高度專業性，增加醫療照護市場長期存在醫療專業資訊不對等的問題，且因醫療市場資訊並未完全公開流通，致使醫療消費者無法在擁有充分醫療資訊的情況下做出使其利益最大化的就醫決策，導致醫療照護市場的無效率。就醫資訊不足可能促使民眾以重複嘗試性的方式尋求最佳的醫療[1,2]，不但浪費醫療資源，醫療費用逐年高漲，病患也難以得到完整性的醫療服務。因此，如何參考國外公開個別醫院的醫療品質之相關資訊，降低民眾搜尋品質資訊的成本，讓醫療消費者在擁有充分醫療資訊的情況下，有機會選擇合適的就醫場所。

國內醫療市場需要客觀且具公信力的就醫選擇資訊，以協助民眾進行正確的就醫選擇。民眾雖可自由選擇醫師，但卻缺乏足夠的相關資訊作為參考。國內較完整的醫療

¹ 中國醫藥大學醫務管理學系

² 亞洲大學醫務管理學系

³ 中華民國基層醫療協會

⁴ 亞洲大學健康管理研究所

* 通訊作者：龔佩珍

聯絡地址：台中縣霧峰鄉柳豐路500號

E-mail: ptkung@seed.net.tw

投稿日期：95年4月3日

接受日期：96年3月26日

品質審查工作，主要仍針對醫院層級進行醫院評鑑，對於民眾就醫的第一道防線—基層醫療，仍然非常缺乏。醫院評鑑、TQIP (Taiwan Quality Indicators Project)、THIS (Taiwan Healthcare Indicator Series) 等三個台灣現行的醫療品質評估系統，主要是評量醫院的醫療品質，並希望能藉由同儕間的比較，促進醫療品質的提升。然而，為避免資料被誤用或者因市場壓力而造成院所提供不完整資訊，因此以上資訊並未對民眾公開，更無法做為民眾就醫時的選擇參考。除此之外，以上相關之品質監控主要能針對醫院層級進行評鑑，未曾有針對西醫基層醫療進行評鑑。由於許多民眾平日皆至基層診所就醫，若能提供基層診所品質相關資訊，使民眾有就醫選擇的參考依據。

醫療品質報告卡(Quality Report Card)為醫療機構對民眾公佈其醫療品質資訊之工具[3-5]。Epstein於1995年說明品質報告卡為「一種向民眾公開醫療機構之醫療品質的標準化報告」[6]。美國現行對健康醫療計畫的品質報告卡若以機構別分類可分為五類：(1)政府管理醫院之相關資訊形成的品質報告卡；(2)健康計畫發展的品質報告卡；(3)健康計畫購買者聯合組織所發展的品質報告卡；(4)非營利機構共同努力發展的品質報告卡；(5)自願性提供資訊合作而成的品質報告卡。若依醫療品質評量的層次又可分為健康照護計畫品質報告卡及健康照護機構品質報告卡[3,5,7]。其報告卡系統除HCFA (Health Care Financing Administration)與NCQA (National Committee for Quality Assurance)共同發展之HEDIS (Health Plan Employer Data and Information Set)、CAHPS (Consumer Assessment of Health Plans Survey)，還有許多非營利性的組織發展報告卡系統，將HMO (Health Maintenance Organization)或醫療機構的服務品質提供給民眾，如：加州保護病人權益辦公室(Office of the Patient Advocate, OPA)每年發行的《醫療服務品質報告卡》等。

國外的研究發現，品質報告卡之公開，不僅影響醫療機構的品質改善，也影響其大

眾形象與聲譽[8]。有參與醫療資訊公開之醫療機構，其在醫療品質改善上較主動而且改善較為顯著。研究顯示，有公開相關醫療資訊的醫療機構，無論在品質改善的提升或是品質改善活動推廣的積極程度上，其所採行品質改進努力比私下了解與不公開的醫療機構有著更多價值[9]。顯示醫療品質報告卡，不失為評估與改善醫療機構品質的重要工具。過去研究亦顯示，有超過半數的民眾需要醫療供給者相關資訊[10,11]，一個針對醫院門診病患調查發現，九成以上病患表示下次生病時會參考品質報告卡的資訊[11]。品質報告卡除了有助於民眾選擇合適的醫療服務提供者[12-14]，其公開後也影響民眾對醫療院所形象的觀感[15]；並在提升病患醫療照護品質上亦有幫助，例如，紐約心臟外科之報告卡公開醫院與外科醫師表現，結果顯示公開報告卡對死亡率之降低有顯著相關[16]。但部分報告卡內容資訊繁雜且部分定義過於專業，因此降低民眾之瞭解程度與幫助性[17-20]。此外，我國與其他國家之醫療體系有所差異，因此應開創適合我國之品質報告卡模式，以使民眾可透過報告中的資訊而瞭解診所相關資訊。

台灣在民國90年實施西醫基層總額之後所訂定的西醫基層總額品質確保方案中，亦明確指出出版品質報告卡以提供西醫基層診所以及保險對象參考，期望能使保險對象的醫療服務品質更有保障[21]。因此，本研究希望瞭解台灣若針對基層診所實施品質報告卡，基層醫師之意願、態度、認知及其相關因素，此外瞭解基層醫師對於實施內容之意見，以做為未來推動政策之參考。

材料與方法

研究對象

本研究對象為中央健康保險局2004年底所登錄全國健保特約西醫基層診所，共計8,766家，以此西醫基層診所之開業醫師為研究對象。透過中央健康保險局統計資料取得西醫基層各診所之開業地址，針對全台灣有參與健保的西醫基層診所抽樣，依據各

縣市診所比例，以分層隨機取樣方式抽取問卷，最後合計共抽出4,000家西醫基層診所。

本研究透過中華民國基層醫療協會合作，以結構式問卷藉由郵寄方式進行問卷調查。資料收集期間為2005年2月至4月，共回收問卷580份，去除無效問卷6份，有效樣本為574份，有效回收率為14.35%。

研究工具

本研究之問卷內容，首先參考過去國外實施品質報告卡之相關文獻與指標彙整，同時舉辦二場焦點團體，邀集6位相關學者專家、13位基層醫師、5位衛生主管單位相關人員共24位，針對品質報告卡指標內容、指標與相關機制(公告方式、更新週期、舉辦機構)等進行討論，以取得多方面之意見與建議，作為問卷內容設計之重要參考依據。

本研究採結構式問卷，問卷內容依據本研究目的與相關研究結果設計問卷。第一部份為指標部分，此部分是根據相關文獻彙整，再依焦點團體之意見與建議修改，共包含品質報告卡相關指標34項，其中結構面(15項)、過程面(10項)、結果面(4項)、與其他相關資訊(5項)，以提供基層醫師針對相關指標進行重要性與適用性調查，藉以瞭解基層醫師對於品質報告卡之意見。其中各指標之重要性與適用性皆以李克特(Likert's scale)式五等分量表計分方式，從「非常不重要(適用)」、「不重要(適用)」、「普通」、「重要(適用)」、「非常重要(適用)」分別依序給予1到5分的評分等級。第二部份為對於實施內容之意見(包含品質報告卡項目內容、品質報告卡的實施原則、可行性等方面共8題)。第三部份為自覺實施品質報告卡後可能對自身之影響(例如：是否會對自身造成壓力、實施後是否有助於醫療服務品質之看法、實施後是否會改變其執醫行為等5題)。第四部份為醫師個人基本特性(包含性別、年齡、醫師主治專長、醫師執業年數、醫師每日看診量、醫師的教育程度、具有哪些專科或次專科醫師資格、診所

地點、診所科別等)。

在效度與信度的檢測方面，本研究以專家效度(expert validity)進行檢定，透過專家學者確認問卷之內容效度(content validity)，在擬定問卷初期，請教國內4位相關學者與1位專家，共5位，協助評定問卷內容之適切性。依研究變項的適用性及內容的涵蓋面來衡量題目，以瞭解問卷需要性及完整性，並對其提出之建議修改問卷內容，得到最後本研究之正式測量問卷。在信度方面，本研究利用Cronbach's α 係數來檢定「品質報告卡指標內容」的內部一致性，包括結構面、過程面、結果面三個方面。在結構面指標15個問題中，其Cronbach's α 係數為0.91；過程面指標的10個問題中，其Cronbach's α 係數為0.89；結果面指標的4個問題中，其Cronbach's α 係數為0.89。從統計分析結果顯示，可知本研究問卷內容具有高度一致性。

資料分析

除描述性統計分析以外，本研究利用卡方檢定或Fisher's exact test檢驗醫師個人特性、診所基本特性、自覺實施品質報告卡後可能對自身之影響等方面，對於實施品質報告卡的意願是否有顯著差異。並採用逐步羅吉斯迴歸分析(Stepwise Logistic Regression Analysis)，以醫師是否贊成實施品質報告卡為依變項，以醫師個人基本特性、診所基本特性、自覺實施品質報告卡後可能對自身之影響等因素為自變項，分析哪些因素會顯著影響醫師是否贊成實施品質報告卡。

結 果

本研究共蒐集574位西醫基層醫師問卷，其中以男性佔多數(96.1%)。年齡以41-50歲者最多(40.7%)，平均年齡51歲左右。執業地點分佈情形以都市居多(54.3%)，鄉鎮次之(42.2%)。在目前執業科別上，家醫科最多(34.6%)，其餘依序分別為內科(21.9%)、小兒科(17.6%)、一般科(不分科)(12.3%)、婦產科(9.4%)、耳鼻喉

喉科(8.9%)、外科(含骨科) (8.2%)、眼科(6.8%)、皮膚科(4.6%)等。而醫師有次專科執照的比例(49.8%)與沒有的比例(50.2%)差異不大。醫師的總執業年數方面，以總執業年數超過11~20年(33.4%)為最多，其次是6~10年(23.6%)。平均執業年數為18.6年。醫師平均每天看診人數方面，平均約55人，其中以每天看30人以下最多(32.6%)。

對於實施品質報告卡之看法方面(表一)，本研究所選定之樣本中，贊成將相關醫療品質公開，以增加民眾就醫選擇的醫師有391位，佔69.3%；不贊成的有173位，佔30.7%。至於應該由哪個機構來舉辦及公告方面依次分別為，由醫師相關公會公告為佳的(46.3%)，其次是衛生署(35.4%)，表示應另外成立獨立機構的(20.0%)，表示應由健保局公告的(17.9%)，及醫療改革基金會(17.4%)。關於公告管道方面，有56.6%的醫師希望透過網路的方式來公告；但仍有46.9%的醫師希望能夠製作成手冊。關於資料公佈更新的週期方面，認為以一年一次為佳的最多，有287位，佔52.9%；認為半年為佳的有228位，佔42.0%。以及認為診所應自由加入的有469位，佔83.6%；認為應全部強迫加入的有92位，佔16.4%。而是否要建立適當的資訊回饋機制，將個別診所與其他醫療院所整體的結果(平均值)告知，讓醫師了解自己與其他醫師的差異方面，醫師多表示支持(84.1%)。而在受訪醫師表示參與品質報告卡的意願程度方面，總體而言，表示「願意」加入者(61.5%)相較於「不願意」者(25.8%)高出許多。而本研究受訪樣本中，認為品質報告卡需分科別(例如：小兒科、皮膚科、婦產科、一般內科等)實施者有404位，佔72.8% (表一)。

對於實施後可能的影響部分，首先在「是否造成執業壓力」部分，認為「有相當程度影響」或「極為影響」者有22.8%，認為「完全不會有影響」的則有15.2%。對於「是否影響執業情形」，認為「完全不會有影響」的比例則降低為10.0%，而覺得「有相當程度影響」或「極為影響」者則稍微增加為25.7%。此外，對於問到醫師在實施品

質報告卡之後是否對病患更用心，更在意病患的需求方面，表示「會盡力改善」或「全力配合者」有57.4%，而「完全不會」者則有6.1%。最後，實施品質報告卡對於醫療品質是否有幫助方面，有28.0%的受訪醫師表示有所幫助，覺得完全沒有幫助的有6.6%，認為幫助不大的則有23.5%，41.9%的受訪醫師持中立意見。對於是否贊成以此為依據，給予實質的獎勵部分，48.7%醫師表示贊成，51.3%的醫師表示不贊成(表二)。

品質報告卡各指標構面之重要性與適用性調查結果，若不分構面排序，在重要性方面，醫師認為最重要的指標前三項分別是醫師的看病態度(4.4分)最高、醫師對病情的解說(4.4分)、醫師對病患衛教之重視程度(4.3分)；最低為處方箋是否釋出(2.4分)；在適用性方面前三項排序與重要性排序相同。而不論是重要性或適用性評估，「處方箋是否釋出」皆為所有構面指標中最低者(表三)。

本研究以「是否贊成實施品質報告卡」為依變項，利用逐步羅吉斯迴歸進行分析影響基層醫師是否贊成實施品質報告卡之因素。排除其基本特性等其他變項有遺漏之樣本，共計522位受訪樣本進入分析，最後顯著影響之因素包含：執業科別是否為小兒科、認為會造成壓力程度、認為會對病患更用心程度、認為醫療或服務品質有所助益程度、是否贊成依據品質報告卡的結果給予實質獎勵等項目(表四)。

根據表四，發現在控制其他變項之下，小兒科醫師贊成實施品質報告卡之勝算比為其他科別醫師0.54倍($P=0.034$)。基層醫師對於實施後認為會造成壓力程度每增加一單位，其贊成實施之勝算比則降低0.77倍($P=0.022$)。若實施品質報告卡後，「醫師認為會對病患更用心」方面，每增加一單位，則醫師贊成實施品質報告卡的勝算比增加1.38倍($P=0.006$)。在「認為實施品質報告卡對醫療或服務品質有助益之程度」方面，認為幫助程度越高其贊成實施品質報告卡的機率就越高，勝算比為2.61 ($P<0.001$)。此外，對於「贊成以品質報告卡的結果為依據給予醫師實質獎勵之程度」方面，贊成給予獎勵

表一 基層醫師對於實施品質報告卡之看法

變項	個數(n=574)	百分率(%)	有效百分率(%)
是否贊成實施療品質報告卡			
贊成	391	68.12	69.33
不贊成	173	30.14	30.67
遺漏值	10	1.74	
公告管道(複選)			
透過網路	325	56.62	56.62
製作手冊	269	46.86	46.86
其他	72	12.54	12.54
遺漏值	46	8.01	
資料公佈更新的週期多久一次為佳			
半年	228	39.72	41.99
一年	287	50.00	52.85
其他	28	4.88	5.16
遺漏值	31	5.40	
是否建立適當的回饋機制，了解與其他醫師之差異			
是	466	81.18	84.12
否	88	15.33	15.88
遺漏值	20	3.48	
舉辦與公告機構 (複選)			
醫師相關公會	266	46.34	46.34
衛生署	203	35.37	35.37
另外成立獨立機構	115	20.03	20.03
健保局	103	17.94	17.94
醫療改革基金會	100	17.42	17.42
消基會	54	9.41	9.41
其他	29	5.05	5.05
遺漏值	24	4.18	
診所是否應為自由加入還是全部強迫加入			
自由加入	469	81.71	83.60
全部強迫加入	92	16.03	16.40
遺漏值	13	2.26	
願不願意加入			
極不願意	41	7.14	7.28
不太願意	104	18.12	18.47
沒有意見	72	12.54	12.79
大概願意	235	40.94	41.74
完全願意	111	19.34	19.72
遺漏值	11	1.92	
實施後診所需不需要分科別			
需要	404	70.38	72.79
不需要	151	26.31	27.21
遺漏值	19	3.31	

表二 實施品質報告卡後對醫師影響之認知

變項	個數(n=574)	百分率(%)	有效百分率(%)
認為會造成壓力程度			
完全不會	85	14.81	15.15
有一點	207	36.06	36.90
普通	141	24.56	25.13
有相當程度	110	19.16	19.61
極為影響	18	3.14	3.21
遺漏值	13	2.26	
認為會影響其執醫情形			
完全不會	56	9.76	9.98
有一點	209	36.41	37.25
普通	152	26.48	27.09
有相當程度	131	22.82	23.35
極為影響	13	2.26	2.32
遺漏值	13	2.26	
認為會對病患更用心			
完全不會	34	5.92	6.09
稍微	73	12.72	13.08
普通	131	22.82	23.48
會盡力改善	255	44.43	45.70
全力配合	65	11.32	11.65
遺漏值	16	2.79	
認為對醫療或服務品質有所助益			
完全沒有	37	6.45	6.60
幫助不大	132	23.00	23.53
普通	235	40.94	41.89
大有幫助	138	24.04	24.60
極有幫助	19	3.31	3.39
遺漏值	13	2.26	
是否依據結果給予獎勵			
贊成	272	47.39	48.66
不贊成	287	50.00	51.34
遺漏值	15	2.61	

者其贊成實施品質報告卡的機率顯著高於不贊成者，勝算比為2.96 ($P < 0.001$)。

討 論

依據本研究近600位受訪醫師分析結果，有69.3%的醫師贊成公開診所相關資訊，30.7%的醫師不願意加入，表示多數基層醫師贊成實施相關品質報告卡。健保局於

民國92~93年於高屏地區曾針對部分科別予以小規模試辦品質報告卡，實施時第一年有六成醫師加入，第二年提高至九成，可見醫師願意加入品質報告卡的意願頗高[22]。

在公告管道方面，大部分醫師贊成以網路公告的方式為優先、製作成手冊次之。此結果與國外施行之相關經驗相似。國外大多將品質資訊公告在網路上，網路公告可以節省成本也較有效率，此外也方便於資料更

表三 品質報告卡內容指標之重要程度(分構面排序)

排序	變項	重要性	適用性	指標構面
1	診所的環境衛生	4.02	3.87	結構面
2	醫師主治專長	3.95	3.82	結構面
3	醫師的經歷(執醫經驗)	3.93	3.75	結構面
4	醫師具有哪些專科或次專科醫師資格	3.70	3.62	結構面
5	醫師平均看診量(看診人數/日)	3.65	3.45	結構面
6	醫師接受在職或持續教育之情形	3.64	3.52	結構面
7	藥袋標示藥品名稱及使用說明	3.52	3.46	結構面
8	診所提供的就醫及諮詢方便性(門診時間表)	3.49	3.44	結構面
9	醫師執業年數	3.41	3.33	結構面
10	醫師學歷背景(或其他進修)	3.40	3.24	結構面
11	有沒有固定或簽約的轉介或合作醫院	3.22	3.14	結構面
12	診所交通與停車資訊	3.02	2.94	結構面
13	是否擁有特殊儀器(如超音波、心電圖)	2.96	2.90	結構面
14	門診掛號費用之資訊	2.81	2.73	結構面
15	是否有檢驗檢查附設部門(如抽血檢查、X光機)	2.71	2.67	結構面
1	醫師的看病態度	4.39	4.19	過程面
2	醫師對病情的解說	4.36	4.17	過程面
3	醫師對病患衛教之重視程度	4.26	4.12	過程面
4	護士與藥師的服務態度	4.19	3.99	過程面
5	病患隱私權	4.16	3.95	過程面
6	醫師及藥師的用藥解說	4.08	3.93	過程面
7	醫師對病患的熟識程度	3.72	3.52	過程面
8	患者平均看診治療的時間	3.60	3.47	過程面
9	診所病患平均候診(不包含看診時間)時間	3.24	3.13	過程面
10	診所或醫師看診時是否每次都有量體溫	3.08	2.97	過程面
1	醫師處方箋錯誤率	4.17	3.99	結果面
2	病人的整體滿意程度	4.05	3.91	結果面
3	病患對治療效果的滿意度	4.05	3.89	結果面
4	有無醫療糾紛(或件數)	3.61	3.42	結果面
1	抗生素(消炎藥)使用率	3.09	3.03	其他資訊
2	是否有成人健檢與預防注射	2.95	2.89	其他資訊
3	注射劑使用率	2.95	2.89	其他資訊
4	是否開立慢性病連續處方箋	2.74	2.66	其他資訊
5	處方箋是否釋出(拿藥單至其他藥局領藥)	2.44	2.40	其他資訊

新。但是國內針對民眾之調查發現，民眾認為製作手冊為優先，網路次之[14,23-25]。對於民眾之查詢應該考量到民眾居住城鄉差異與年齡上的差異，部分民眾對網路使用可能有障礙，或許可考慮製作手冊放置於特定機構供民眾參考。

至於公告週期方面，醫師認為資料公佈的更新週期以一年為佳，此與過去研究結果

相同[26]。資訊公佈應符合成本以及人力因素之考量，此外，指標的更新並沒有特定時間，應依照指標性質的不同與需求來決定更新週期。有些指標問卷調查耗時耗力，因此一年更新一次(例如：民眾滿意度)；但有些指標收集上較便利(例如：掛號費、診所基本資料等一般性診所可提供的資料)更換的頻率可較高；有些資料是由資料庫分析，可定

表四 「是否贊成實施品質報告卡」之羅吉斯回歸分析結果

變項名稱	OR	P值	95%CI	
常數	—	—		
年齡				
≤40歲(參考組)				
41-50歲	0.738	0.372	0.38	1.44
51-60歲	0.676	0.278	0.33	1.37
≥61歲	1.509	0.347	0.64	3.56
執業科別—小兒科				
否(參考組)				
是	0.540	0.034	0.27	0.95
認為會造成壓力程度	0.769	0.022	0.61	0.96
認為會對病患更用心程度	1.384	0.006	1.10	1.75
認為醫療或服務品質有所助益程度	2.610	<0.001	1.92	3.55
是否依據結果給予獎勵				
否(參考組)				
是	2.964	<0.001	1.80	4.89

註：迴歸模式依變項分為贊成(n=367)和不贊成(n=155)兩組，以贊成作為事件組(event)；
統計上entry=0.05、stay=0.05。

期更新反映實情。因此無須硬性規定全部指標需多久更新，應以指標的不同與更新的難易度來決定，盡量符合醫界與民眾的期望。

關於是否應強迫醫師加入品質報告卡之公告，有83.6%的醫師認為診所應該自由加入，而且目前沒有任何法源依據可強迫診所醫師需加入。除非修法否則應由醫師自由加入。在「舉辦與公告機構」方面，多數醫師贊成由醫師公會公告最理想，而衛生署次之。可能因為，醫師大部分對醫師公會較為熟悉與信任。但其他研究發現[25]民眾較傾向由衛生署舉辦公告，或許民眾認為醫師公會會選擇性公佈，有欠公平及公正性而有所疑慮。因此舉辦與公告的適任機構在選擇上各有利弊，可能須同時考量醫師與民眾都能接受的機構，因此衛生署可能是較佳之選擇，此與其他相關研究結果相似[15,24,26,27]。此外72.8%醫師認為品質報告卡應需分科別(例如：小兒科、皮膚科、婦產科、一般內科等)實施公告，而其他針對民眾之相關研究結果亦有79.7%民眾認為需要分科別公佈，目前健保局「健保醫療品質資訊公開查詢」亦對牙醫總額有特殊指標(如：牙齒填補二年保存率)，但除共同指標

外，尚未有針對各科之特殊指標。高屏分局於2003年試辦期間，對耳鼻喉科、婦產科、小兒科分別設立各科特殊指標(異物取出件數、子宮頸抹片件數、預防保健實施件數)。而目前健保局之專業醫療服務品質報告，多屬一般性指標，不能據此明確處理特殊問題，未來建議如除能針對「科別」之特殊指標外，甚至增加「疾病別」之分類指標(如：糖尿病、視網膜病變眼底檢查、高血壓及氣喘不當用藥等)[25,28]，將更有助於民眾就醫資訊。

對於實施品質報告卡之影響認知方面，認為會造成壓力程度愈高的醫師，其贊成實施品質報告卡的機率顯著較低。新制度的推行、額外行政配合工作、以及因診所資訊的公開而增加市場競爭等因素，會帶給醫師壓力而排拒參與是可以理解，但過去研究顯示壓力與工作表現顯著相關，高壓力也會有較佳的工作表現[29]，因此有壓力或許會更能促進成效。而對病患更用心程度愈重視的醫師，其贊成實施品質報告卡的機率顯著較高，過去研究亦指出，基層醫師認知與民眾認知存在差異，醫師應定期瞭解民眾對服務品質之期望與滿意度認知，以作為改善之方

向[30]，且過去調查亦發現品質報告卡之公開會影響民眾避免選擇表現差的醫療服務提供者[31]，因此可能無形中對醫師產生影響進而改善其執醫行為，更關心病患並更在意病患需求。在推行品質報告卡後，認為對於醫療或服務品質有所助益的醫師其贊成實施的機率顯著高於認為沒有助益的醫師。結果顯示醫師贊成實施品質報告卡是由於醫師認為品質報告卡可以幫助醫療服務品質的提升，符合當初擬實施品質報告卡之美意，旨將基層醫療院所提升醫療品質的成果公諸於社會大眾，促進基層醫療院所彼此之間的良性競爭，真正達到提升醫療品質的目的。另外，迴歸分析結果指出，醫師愈贊成以品質報告卡的結果為依據給予醫師實質的獎勵者，其贊成實施品質報告卡的機率越高，此情形可能與醫師對自己醫療服務品質之信心有關，越有信心者越可能較易得到獎勵，因而越願意加入；而對於實質的獎勵可能來自提高給付點值，在公平性上是否得宜，可為後續進一步研究與討論。

針對醫師對於品質報告卡公開內容的相關指標重要性之主觀看法。整體而言基層開業醫師認為重要性與適用性最佳的指標，排名前面的指標大多為過程面指標，與美國加利福尼亞州病人權益保護事務處(Office of the Patient Advocate, OPA)每年印發醫療服務品質報告卡，提供民眾有關加州各主要HMO機構和醫療網服務表現之比較資訊的內容相似[32]，所公開的項目大部份是以民眾親身感受醫療服務品質之項目為主要考量。在結構面指標之中，「診所的環境衛生」的重要性最高，過去研究也發現環境衛生是民眾對基層診所服務品質之重要性中前二名[30]，顯示醫師與民眾在考量服務品質有形性(tangibles)中環境衛生之重要性。

本研究進一步分析不同科別之醫師對品質報告卡指標之重要性，將家醫科、內科、小兒科、一般科(不分科)統稱為內科。研究發現婦產科、耳鼻喉科、復健科、皮膚科等特別重視「醫師主治專長」。在內科及眼科之重要性中排名第一的指標為「診所的環境衛生」，顯示內科及眼科更注重診間環境衛

生。而外科最在意的指標項目為「醫師的經歷(執醫經驗)」，可見專業養成與技術成熟度對外科十分重要。

「醫師及藥師的用藥解說」之重要程度在所有指標整體排序第七，此與過去研究結果相似[30]，但是在皮膚科排名第二、在眼科排名第三，顯示皮膚科醫師特別重視用藥解說。至於隱私權，相較於其他科別，病患的個人隱私在婦產科特別重要，排名第三位。對於復健科而言，「患者平均看診治療的時間」相較於其他科別來得重要，排名第四。以上可以反應為何本研究顯示多數(70%)醫師認為品質報告卡之實施需要分科別公告，因為科別不同其所強調之重要性也不同。

而本研究有關於公告內容所擬定的指標當中，若以其重要性及適用性皆達3分以上者為標準，則僅保留25項指標。目前品質報告卡雖然強調的是品質，但其公告的資訊不僅包含品質相關指標，也涵蓋非品質相關資訊(例如：處方箋是否釋出、開立慢性病連續處方箋百分比、醫師學經歷等)。因此「品質報告卡」之名稱，應以涵蓋面較廣泛的名稱命名，例如：「醫師檔案」(Physician profile)或「診所資訊檔案」(Clinic information profile)稱之，可能更為適切。在本研究中有關於指標的建立部分，制訂指標並非本研究之主要目的，本研究其所擬定指標內容，僅供健保局與基層醫師做為未來實施之參考。

目前健保各分局網頁皆可連結至總局之「健保醫療品質資訊公開查詢」專區，針對西醫基層總額之注射劑使用率、門診上呼吸道感染病人複診率、與門診用藥日數重複率等三項指標進行查詢，此三項指標對於民眾就醫參考價值似乎不大，有待進一步提供民眾就醫較有興趣或有助益之指標資訊。此外，為了改善醫療服務及品質資訊之不足，二代健保特別針對醫療品質與資訊揭露進行修法，其中第七十三條：「保險人及保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊」。因為醫院與診所其特性與民眾需求皆不同，須考量診所與醫院之差異性，醫院多為專業醫療指標做品質監測，診所醫

療需求較單純，主要目的為提供民眾就醫選擇參考資訊(如：醫師看診時間、專長、滿意度等)。

最後本研究仍有部分之研究限制，本研究有效回收率為14.35%，就方法學而言，本研究回收率稍嫌偏低，然而與其他醫師調查之研究回收率比較[33-35]，本研究的回收率與過去研究相似，因此尚可接受。本研究對樣本與母群體基本特性進行適合度檢定(goodness-of-fit test)，在年齡上，樣本平均年齡51.02歲、母群體平均年齡50.86歲，並無顯著差異($p=0.74$)，但是在性別方面，本研究樣本女性醫師較少，與母群體有顯著差異($p<0.05$)，本研究結果無法代表全數基層醫師之意見。另一方面，本研究只詢問基層醫師對實施品質報告卡之意願，對於基層醫師並未同時納入私下回饋、內部回饋或是暫時不公開等替代選項，因此本研究之結果在外推性部分有所限制。

致 謝

本研究非常感謝行政院衛生署中央健康保險局之委託計畫(計畫編號：DOH93-NH-1011)提供研究經費，得以順利完成，謹在此致謝。惟報告內容不代表健保局意見。

參考文獻

1. 盧瑞芬、謝啟瑞：醫療經濟學。台北市：學富文化，2000；5-10。
2. 黃明和、吳尤君、張筱雯、楊朝欽、顏裕庭：醫療費用的上昇。台灣醫界 2001；44：55-8。
3. 勞寬、張文麗、林恆慶：品質報告卡簡介。醫院 2002；35：38-46。
4. Bodenheimer T. The American health care system – physicians and the changing medical marketplace. N Engl J Med 1999;340:584-8.
5. Slovinsky DJ, Fottler MD, Houser HW. Developing an outcomes report card for hospitals: a case study and implementation guidelines. J Healthc Manag 1998;43:15-34.
6. Epstein A. Performance reports on quality-prototype, problems, and prospects. N Engl J Med 1995;333:57-61.
7. The 2003-04 Quality of Care Report Card. Office of

the Patient Advocate. Available at: <http://www.opa.ca.gov/>. Accessed November 10, 2004.

8. Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. Health Aff 2005;24:1150-60.
9. Judith HH, Jean S, Martin T. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? Health Aff 2003;22:84-94.
10. 謝慧欣：民眾對健康資訊需要之初探。台北：台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，1999。
11. 陳楚杰、楊銘欽、林恆慶：門診病人對醫院品質報告卡需求之初探。醫護科技學刊 2003；6：29-41。
12. Longo DR, Land G, Schramm W, Fraas J, Hoskins B, Howell V. Consumer reports in health care. Do they make a difference in patient care? JAMA 1997;278:1579-84.
13. Hochhauser M. Why patients have little patience for report cards. Manag Care 1998;7:31-2,34.
14. Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. It isn't just about choice: the potential of a public performance report to affect the public image of hospitals. Med Care Res Rev 2005;62:358-71.
15. Harris N. Report cards, part 2: how hospitals measure up. Bus Health 1994;12:20-2,24.
16. Epstein AJ. Do cardiac surgery report cards reduce mortality? Assessing the evidence. Med Care Res Rev 2006;63:403-26.
17. Hibbard JH, Jewett JJ. Will quality report cards help consumers? Health Aff 1997;16:218-28.
18. Cheng SH, Ho YC, Chung KP. Hospital quality information for patients in Taiwan: can they understand it? Int J Qual Health Care 2002;14:155-60.
19. Mukamel DB, Mushlin AI. The impact of quality report cards on choice of physicians, hospitals, and HMOs: a midcourse evaluation. Jt Comm J Qual Improv 2001;27:20-7.
20. Schauffler HH, Mordavsky JK. Consumer reports in health care: do they make a difference? Annu Rev Public Health 2001;22:69-89.
21. 中央健康保險局：全民健康保險西醫基層總額支付制度實施成效報告，2002。Available at: http://www.nhi.gov.tw/information/news_detail.asp?menu=1&menu_id=&News_ID=278。引用2003/3/2。
22. 中央健康保險局高屏分局：醫療服務品質報告資訊網，2004。Available at: <http://www.nhikb.gov.tw/Big5/Main.asp?LNo=22>。引用2004/9/27。
23. 陳楚杰、林恆慶、楊銘欽：住院病人對醫院品質報告卡需求之初探。醫學教育 2004；8：62-77。
24. 宋欣怡：民眾就醫選擇資訊潛在需求研究。台北：台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，2001。

25. 蔡文正：實施西醫基層品質報告卡可行性研究。台北：行政院衛生署中央健康保險局委託計畫(DOH-93-NH-1011)，2004。
26. 陳楚杰、葉瑞恆、張嘉莉、林詠蓉、林恆慶：總額支付制度下醫院推行品質報告卡的意願、能力與可行方案。中台灣醫誌 2006；**11**：111-21。
27. 謝慧欣、鄭守夏、丁志音：住院病患對就醫選擇資訊之需求：初步調查發現。中華衛誌 2000；**19**：437-45。
28. 黃肇明：專業醫療服務品質報告。全民健康保險雙月刊 2005；**54**：11-3。
29. AbuAlRub RF. Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. J Nurs Scholarsh 2004;**36**:73-8.
30. 蔡文正、龔佩珍、翁瑞宏、石賢彥：基層醫師與民眾之服務品質認知落差分析。醫務管理期刊 2004；**5**：385-402。
31. Scanlon DP, Chernew M, McLaughlin C, Solon G. The impact of health plan report cards on managed care enrollment. J Health Econ. 2002;**21**:19-41.
32. Patrice LS. Provider Report Cards: A Guide for Promoting Health Care Quality to the Public.1st ed., Chicago, IL: AHA,1999;85-94.
33. 吳敬堂、鍾國彪、苗迺芳等：影響醫師實施臨床指引意願之因素探討—針對臨床指引本身之特性。醫務管理期刊 2005；**6**：153-72。
34. 邱瓊萱、鍾國彪、陳端容、魏中仁、楊志良：主治醫師價值觀契合度與組織承諾關係的探討—以六家醫學中心為例。台灣衛誌 2001；**20**：275-90。
35. 林惠雯、薛亞聖：醫療消費者及醫療提供者對全民健保新制門診藥品部分負擔的認知、態度及行為之研究。台灣衛誌 2003；**22**：33-42。

Willingness of primary care physicians toward implementation of a quality report card program and associated factors

WEN-CHEN TSAI¹, HUI-SHAN CHEN¹, PEI-TSENG KUNG^{2,*}, SHOU-BAO WU³, CHIN-LIANG YANG⁴

Objectives: This study aimed to understand the willingness, attitudes, and perceptions of primary care physicians toward implementing a quality report card program and associated factors. We also investigated physicians' opinions about the importance of quality-related indicators. **Methods:** The studied population comprised primary care physicians who had contracted with the Bureau of National Health Insurance. Four thousand primary care physicians were randomly sampled according to numbers of clinics in counties/cities. Structured questionnaires were mailed out and a total of 574 valid questionnaires were returned. Besides description statistics, we used multivariate logistic regression to analyze underlying factors affecting attitudes of primary care physicians toward supporting implementation of a quality report card program. **Results:** Sixty nine percent of physicians agreed that a quality report card program should be implemented, and 61% agreed to participate in the proposed program. Eighty four percent agreed that physicians should have free choice to participate. Furthermore, 73% thought the quality report card should be designed based on different medical departments and that the program should be administered by physician associations with reports updated annually and published on the Internet. Regarding associated factors supporting implementation of the quality report card program, pediatricians (OR=0.54) and physicians who agreed that implementation would increase stress (OR=0.77) were less supportive. Physicians who agreed that implementing a quality report card program would influence doctors to pay more attention to patients (OR=1.38), or who believed that program implementation would improve the quality of care and services (OR=2.61), or who agreed to receive financial incentives according to results of quality report cards (OR=2.96) were more supportive. **Conclusions:** Most primary care physicians agreed with implementing a quality report card program. Physicians with positive perceptions of the influence of quality report cards on medical service quality tend to be more supportive of implementing the quality report card program. (*Taiwan J Public Health*. 2007;26(2):149-160)

Key Words: *Quality report card, quality of care, primary care physician*

¹ Department of Health Services Management, China Medical University, Taichung, Taiwan, R.O.C.

² Department of Healthcare Administration, Asia University, No. 500, Lioufong Road, Wufong, Taichung, Taiwan, R.O.C.

³ Chinese Primary Care Association, Taipei, Taiwan, R.O.C.

⁴ Graduate Institute of Health Administration, Asia University, Taichung, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author. E-mail: ptkung@seed.net.tw

Received: Apr 3, 2006

Accepted: Mar 26, 2007